Ueber das Ergebnis von 100 Operationen eitriger Adnexe aus der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg i. E.

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Fakultät

der Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Julius Gutmann

aus Schwäb. Hall (Württ.)

ACAD. LUDD. HAL. BIBL.

[1913]

Druck der E. Schwend'schen Buchdruckerei, Schwäb. Hall.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Fehling.**

In der vorliegenden Arbeit soll über den operativen Erfolg von 100 rein eitrigen Erkrankungen der weiblichen Adnexe berichtet werden. Nicht in Betracht gezogen sind dabei die Adnexaffektionen tuberkulöser Natur und diejenigen Fälle von Erkrankungen, bei denen makroskopisch kein Eiter nachgewiesen werden konnte.

Es soll durch diese Zusammenstellung ein Vergleich mit anderen in der Literatur niedergelegten Statistiken ermöglicht werden, um so die einzelnen Methoden gegeneinander abwägen zu können und ein Urteil darüber zu gewinnen, wie am zweckmässigsten zu verfahren sei.

In erster Linie möchte ich nun klarlegen, unter welchen Bedingungen und mit welcher Rechtfertigung in der Strassburger Frauenklinik ein operativer Eingriff überhaupt vorgenommen wurde, d. h. welche Momente die Indikation bestimmten.

Bekanntlich versuchen bei diesen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates manche Autoren — gegenüber von früher — heute möglichst konservativ zu verfahren, obwohl die Erfahrung zur Genüge gezeigt hat, dass gerade hier eine schnelle Rückfälligkeit an der Tagesordnung ist und dadurch die Notwendigkeit, operativ vorzugehen, nicht umgangen werden kann. Diese Tatsachen beweisen deutlich die Statistiken von Prochownik, Forssner, Engström u. a. Besonders letzterer macht an der Hand eines grossen Materials darauf aufmerksam, dass in Fällen, wo sich eine grössere oder kleinere Menge Eiter in einer oder beiden Tuben oder in den Ovarien angesammelt hat, eine operative Behandlung meist unabweisbar wird.

Fehling legt seine Ansicht, wie weit die konservative symptomatische Behandlung gehen soll und wenn ein operativer Eingriff indiziert ist in dem Artikel „Zur Behandlung eitriger Adnexe“ in den Beiträgen zur Geburtshilfe und Gynä-

kologie Bd. XII Heft 3 mit folgenden Worten auseinander: „Grundsatz ist bei allen eitrigen Adnexen zunächst abzuwarten unter symptomatischer Therapie. Wenn dann bei vollständiger Ruhe objektiv und subjektiv ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist, kann man in der Tat von einer Operation absehen. Ich halte aber dann die Operation für indiziert, wenn trotz strengster Bettruhe und Spitalbehandlung keine Rückgangserscheinungen auftreten, wenn die Tumoren an Grösse nicht abnehmen und die Beschwerden dieselben bleiben. Ferner dann, wenn trotz Bettruhe und Behandlung das Fieber anhält und unter dessen Einwirkung der Tumor wächst.“ Damit ist der Individualisierung jedes einzelnen Falles weitgehend Rechnung getragen und die schematische Einseitigkeit abgetan.

Als weitere und nicht zu unterschätzende Faktoren kommen Gründe in Betracht, welche sozialen Forderungen und Notwendigkeiten entspringen. Es dürfte wohl schwer sein, in allen Fällen, sei es zu Beginn oder auch zu Ende einer konservativen Behandlung zu entscheiden, wie weit die Therapie anschlägt oder angeschlagen hat, ob also ein effektiver Dauerwert erzielt ist. Denn mit einer lediglichen Beseitigung der Symptome wie Schmerzen, Blutungen etc. ist keineswegs gedient und trotz Rückbildung objektiver Erscheinungen kann der eigentliche Herd doch noch vorhanden sein.

Bedenkt man nun, dass das Hauptkontingent derartiger besonders der gonorrhöischen Genitalaffektionen sich aus der arbeitenden Klasse bildet, dass in diesen Schichten es immer wieder leicht zu neuen Infektionen kommt, dass ferner berufliche Schäden dem Organismus nicht die nötige Ruhe gönnen und dadurch die normale Resistenz des Individuums an sich schon herabsetzen, so ist die Hoffnung auf eine definitive, restlose Ausheilung in ihrem wirklichen Sinn und Wert sehr in Zweifel zu ziehen. Daraus folgt, dass Rezidive über kurz oder lang sich einstellen.

In solchen Fällen zum zweiten und drittenmale mit der symptomatischen Therapie auskommen zu wollen, hiesse Unmögliches erzwingen zu wollen. Auch Zinsser (Jena) hebt hervor, dass in einer Reihe von Fällen die konservative Methode

teils von vornherein versagt, teils aber auch aus sozialen Gründen nicht durchzuführen ist.

Wird nun eine Operation bejaht und befürwortet, so drängt sich eine weitere Frage auf: Ist bei der Operation der vaginale oder der abdominelle Weg einzuschlagen? Falgowsky (Posen) will immer die vaginale Methode angewandt wissen. Technische Schwierigkeiten wie Verwachsungen der Adnexe mit dem Darm geben seiner Ansicht nach keine Kontraindikation gegen das vaginale Vorgehen; ausserdem sei der Bauchschnitt gefährlicher und dabei das Eintreten post-operativer Komplikationen häufiger. In der Hauptsache aber betont er den sozialen Standpunkt, indem er darauf hinweist, dass die Frauen früher arbeitsfähig werden als dies bei Laparatomierten der Fall ist. Aus diesen Gründen sind auch v. Ott und Markowsky eifrige Verfechter und Anhänger der vaginalen Kölotomie.

Weitaus die Mehrzahl der Autoren schätzen jedoch die Vorteile der Laparatomie unter dem Schutze unserer heutigen Anti- und Asepsis. Bei der vaginalen Methode, Operieren im Dunklen, trotz bester Technik sind Verletzungen des Darmes, der Ureteren oft kaum zu vermeiden. Dem Blick entzieht sich manches, das notwendigerweise eigentlich zu entfernen wäre. Dem gegenüber herrscht bei der Laparatomie vor allem klare Uebersicht. Daher besteht einerseits die Möglichkeit sicherster und weitgehendster Entfernung alles Pathologischen, andererseits Schonung und Erhaltung des Gesunden. Auch die Erkennung mancher die eigentliche Erkrankung begleitenden Appendicitis ist dabei nicht zu übersehen. Alle diese Punkte zusammen stempeln die Laparatomie zu einem exakten, sicheren Eingriff.

Wie weit nun bei der Operation zu gehen ist, ob die Adnexe nur teilweise oder eo ipso beiderseits radikal zu entfernen sind, dürfte ebenfalls ganz von der Art und Schwere des objektiven Befundes abhängig gemacht werden.

Schiffmann und Patek sind ganz auf der Seite Lawson Tait's, dass bezüglich anatomischer Heilung und Schmerzfreiheit nur die Radikaloperation gute Resultate erzielt. Auch Schauta exstirpiert grundsätzlich bei gonorrhoischen Adnextumoren den Uterus mit. Tatsache ist natürlich, dass nur dieses

radikale, nichtsschonende Vorgehen für unbedingte und volle Sicherheit gegen Rezidive bürgt. Es ist jedenfalls die einseitige Entfernung der Adnexe nur auf die Fälle zu beschränken, wo Eierstock und Eileiter der anderen Seite absolut gesund sind. Ob, was bei vielen Patienten der Wunsch ist, auf die Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit Rücksicht genommen werden kann, muss ganz von Fall zu Fall entschieden werden. Sehr wichtig ist auch bei jüngeren Individuen Erhaltung des Uterus mit einem Eierstock und damit der Menstruation. Das Wesentliche wird jedoch immer sein, wenn der augenscheinliche Befund darüber die Entscheidung spricht.

Eine Umgestaltung hat auch im Laufe der letzten Jahre das Kapitel der Drainage erfahren. Wenn früher überhaupt in allen Fällen, wo Eiter oder Jauche ins Operationsgebiet gelangt war, drainiert wurde, so ist man heutzutage zu der Erkenntnis gekommen, dass es dabei auf die Beschaffenheit des Eiters ankommt, ob er infektiös ist oder nicht. Steriler Eiter macht dem Peritoneum keine Schwierigkeiten. So ist auch die Bedeutung der Gonokokken für das Bauchfell früher allzuhoch eingeschätzt worden. Die Schutzkräfte des Peritoneum überwinden solchen Eiter relativ leicht. Im grossen und ganzen verträgt ein chronisch entzündetes Bauchfell den Eiter aus den eigenen Adnexen recht gut. Es scheint somit dem Peritoneum ein gewisses Anpassungsvermögen inne zu wohnen. Reisst also beim Abpräparieren eines Eiterherdes dasselbe ein und wird das Wundgebiet damit beschmutzt, so genügt häufig eine einfache Toilette in Form des Austupfens mit steriler Gaze. Um überhaupt eine starke Ueberschwemmung des Bauchfells mit Eiter zu vermeiden, punktiert Fehling die grossen Eitersäcke bei offener Bauchhöhle und entfernt so möglichst den Eiter, ehe mit der Loslösung begonnen wird. Drainiert wird also, wenn der noch während der Operation sofort untersuchte Eiter als infektiös sich erweist, sobald grössere Mengen davon ins Operationsfeld gekommen sind. Weiter wird die Drainage angewandt, wenn ausgedehnte Darmverwachsungen gelöst werden müssten und eine genügende Blutstillung nicht zu erreichen war. Drainage ist besonders dann auch notwendig, wenn eine Peritonealisierung der Wundflächen des Bauchfells nicht mög-

lich ist und eine starke Verschmierung mit Eiter stattgefunden hat. Letzteres ist besonders von Franz (Berlin) und Meyer (Kopenhagen) auf dem internationalen Kongress für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin 1912 betont worden.

Wie nun einerseits die Häufigkeit in der Anwendung der Drainage eingeschränkt wurde, so ist andererseits auch der Modus des Drainierens, ob Mikulicz'sche Schürze oder Drainage durch das hintere Scheidengewölbe oder beides zusammen, enger begrenzt worden.

In den einfachen Fällen bei Gegenwart von wenig oder nicht infektiösem Eiter wird die Bauchhöhle glatt geschlossen. Sind grössere und ausgedehntere Verunreinigungen nicht zu vermeiden, so genügt meistens die Drainage durch das hintere Scheidengewölbe nach der Vagina zu. Die Mikulicz'sche Schürze kommt nur dann in Betracht, wenn sehr viel Bauchfell verletzt und eine starke Ueberschwemmung besonders mit Streptokokkeneier entstanden ist; weiter noch wenn der verschmierte, nicht zu deckende Raum über dem kleinen Becken sitzt. Sind reichlichere Mengen zweifelhaften Eiters vorhanden, so wird der Vorsicht halber wie bei infektiösem Material verfahren. Die Mickulicz'che Schürze kommt bei diesen Prinzipien jetzt sehr selten in Anwendung. Es ist damit immerhin viel gewonnen, ist doch die Zahl der im Anschluss daran so leicht auftretenden Hernien nahezu geschwunden.

Als weiteres therapeutisch wichtiges Mittel, der Gefahr einer Peritonitis und Sepsis vorzubeugen, ist in den letzten Jahren die Kampherölung eingeführt worden. Pfannenstiel, der Autor der Idee und Methode einer ante-operativen Reizbehandlung des Peritoneums äussert sich so: „Die Reizwirkung des Oels, namentlich in Form des Kampheröls ist nicht allein als unschädlich zu bezeichnen, sondern sie stellt das Wesen der Heilwirkung der neuen Methode dar. Man muss sich dabei vorstellen, dass die Oelinjektion nicht nur leukotaktisch wirkt, sondern kurz gesagt, die bakteriziden Kräfte des Peritoneums erhöht und durch einen abakteriellen unschädlichen Entzündungsprozess die Infektionserreger am Orte der Invasion festhält und an Ort und Stelle vernichtet, bevor diese Schaden anrichten können." Diese Theorien Pfannenstiels stützen sich

hauptsächlich auf die ausgedehnten Tierversuche Höhne's. Fehling hat nun diese Methode der Peritonitisprophylaxe in folgender Weise umgearbeitet. Bei allen eitrigen Adnexoperationen, wobei es zu einer Verunreinigung des Operationsfeldes durch Eiter kommt, werden jetzt die infiziert zurückbleibenden Stellen mit 10% sterilen Kampheröl reichlich betupft. Die Wirkungsweise des applizierten Oeles ist so gedacht und zu deuten — entsprechend den Ideen Pfannenstiels — dass an Ort und Stelle eine Hyperämie und damit eine Hyperleucocytose erzeugt werden soll. Diese dadurch hervorgerufene reaktive Hyperleucocytose soll nun phagocytär wirken und dadurch das infektiöse Material im Keime ersticken. Es liegt somit nahe, dass dadurch die Gefahr einer endogenen Infektion auf ein Minimum reduziert wird. Von den hier anzuführenden Fällen sind nun 22 an der Zahl auf diese neue Weise behandelt worden.

Von diesen Gesichtspunkten aus und auf Grund der oben kurz besprochenen Prinzipien sind nun folgende 100 Fälle rein eitriger Adnexerkrankungen in den letzten 7 Jahren an der Klinik Fehling operiert worden.

Kurzgefasster Bericht

über die 100 operierten Fälle.

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
1.	Frau M. R. 42 J.	1904 53	8	21. I. 04 Oophoritis abscedens sin. Salpingitis sin. et dextr.	2. II. 04 Salpingo oophorect. sin. Salpingectomia dextr. Beide Tuben stark verdickt. Nur im linken Ovarium Eiter. Schürze in die rechte Tiefe des Douglas.	Abends leichte Fiebersteigerungen.	?
2.	Frau M. R. 45 J.	1904 229	3	4. V. 04 Pyosalpinx sin. et dext. Oophoritis, Perioophoritis, Perisalpingitis duplex. Retroflexio uteri fixata.	9. V. 04 Salpingo-oophorect. duplex. Ventrofixatio uteri Rechter u. linker Pyosalpinx kleinfaustgross. Der linke reisst ein, es kommt wenig alter Eiter in die Bauchhöhle. Douglas geschürzt.	20. VII. In die Bauchdeckenwunde wird ein Drain eingelegt.	?
3.	Frau Ph. Z. 46 J.	1904 291	1	4. VI. 04 Pyosalpinx sin. Hämorrhagische Follikalcyste des l. Ovariums. Kleiner Hydrosalpinx rechts. Pelveoperitonitis adhaesiva.	8. VI. 04 Salpingo oophorect. sin. Salpingect. dextr. Aus der linken Tube stark getrübte seropurulente Flüssigkeit ins Abdomen fliessend. Schürze.	11. VI. Thrombose des linken Beines. 16. VI. Schlechtes Allgemeinbefinden, Ikterus, Erbrechen. 26. VI. Exitus an Sepsis.	Staphylococcus albus.
4.	Frau D. Sch. 31 J.	1904 390	2	8. VII. 04 Pyosalpinx sin. et dextr. Ovarial abscess links. Kleine Ovarialcyste rechts. Metritis chronica.	12. VII. 04 Salpingo-oophorect. duplex. Beide Tuben fingerdick. Links kleinfaustgrosser Ovarialtumor. Es entleert sich wenig Eiter in die Bauchhöhle. Schluss.	Normaler Verlauf.	Gonococcen.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
23. III. 04	Schürzentrichter ca. 3 cm tief, granuliert gut. Uterus beweglich. Gegend der Adnexe frei.			Bericht vom 22. VII. 12. Periode sei mitunter sehr stark. Sonst seither völliges Wohlbefind. Wunde gut geheilt.	Ziemlich regelm. 3—4 Tag. lang.	—	—	ja
13. VIII. 04	Schürzentrichter 4 cm tief. Per vaginam fliesst Eiter ab, doch ist keine Oeffnung zu fühlen.			Bericht des Gatten vom 21. VII. 12. Frau M. R. starb am 16. VI. 07 auf der chir. Abteilung Böckel-Strassbg.	—	—	—	—
		26. VI. 04	In der recht. Tubenecke ein Abscess. Thrombus der Vena iliaca commun. sin., der sich in die V. femoralis und V. cava infer. fortsetzt.	—	—	—	—	—
3. VIII. 04	Uterus in anteflexio, gut beweglich. Kein Exsudat.			Nicht mehr zu ermitteln.	?	?	?	?

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
5.	Frau A. K. 36 J	1904 424	2	26. VIII. 04 Pyovarium duplex. Salpingitis chronica. Perioophoritis dextr.	29. VIII. 04 Salpingo-oophorectomia duplex. Supravaginale Amputatio uteri. Beiderseits faustgrosse Ovarialtumoren. Etwas Eiter kommt in die Bauchhöhle. Schluss.	Verlauf normal.	?
6.	Frau E. G. 41 J.	1904 554	0	15. X. 04 Pyosalpinx duplex. Salpingitis isthmica nodosa sinistra.	21. X. 04 Salpingo-oophorectomia duplex. Aus dem linken, faustgrossen Tumor entleert sich viel Eiter. Scheiden drainage. Schürze.	Am 30. X. Schürze entfernt.	?
7.	Frau K. A. 26 J.	1904 557	3	17. X 04 Tubo-ovarielle eitrige Tumoren beiderseits.	27. X. 04 Salpingo-oophorect. dupl. Beiderseits faustgrosse Ovarialtumoren mit Abscessbildung. Auch Eiter in den Tuben.	Verlauf normal.	?
8.	Frau K. Z. 39 J.	1904 567	1	20. X. 04 Pyovarium et Pyosalpinx dextr. Salpingitis et Oophoritis chron. sinistra.	30. X. 04 Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Im rechten Tumor sehr viel Eiter. Tamponade der Vagina.	Normaler Verlauf.	?
9.	Frau M. V. 32 J.	1904 698	0	19. XII. 04 Pyovarium et Pyosalpinx dupl. Metritis chronica.	7. I. 05 Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Hühnereigrosse Tumoren beiderseits.	In den ersten 2 Tagen Erbrechen.	?

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
13. IX. 04	Narbe per primam geheilt. Portio ist festgebacken. Beiderseits geringes, nicht empfindliches Exsudat.			Bericht vom 22. VIII. 12. Seither immer Wohlbefinden.	nein	nein	nein	ja
9. XII. 04	Wunde geschlossen. Uterus anteflektiert. Kein Exsudat.			Bericht vom 1. VII. 12. Immer gutes Befinden.	nein	nein	nein	ja
17. XI. 04	Wunde geheilt. Uterus in Anteflexio. Kein Exsudat.	-		Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
25. XI. 04	Per vaginam keine Schmerzhaftigkeit. Alles gut.			4 VIII. 12 vorgestellt. Keine Klagen. Leichter Descensus ant. et post. vaginae.	nein	nein	nein	ja
30. I. 05	Vaginal alles gut. Keine Resistenz.			5. VII. 12 vorgestellt. Keinerlei Beschwerden. Alles gut.	nein	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
10.	Frl. M. J. 30 J.	1904 562	0	18. X. 04 Pyovarium dextr. Salping. chron. dextr. Salping. et Oophorit. chron. sin.	21. XI. 04 Salpingo-oophoritis dextr. Salpingectomia sin. Resectio ovarii sin. Schürze.	Sehr langsame Heilung des Schürzentrichters.	?
11.	Frau P. H. 28 J.	1905 58	1	25. I. 05 Pyovarium et Pyosalpinx duplex.	4. II. 05 Vaginale Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe. Aus dem rechten Tumor entleert sich etwas Eiter.	Glatte Heilung.	Gonococcen.
12.	Frau M. M. 30 J.	1905 133a	0	28. II. 05 Rechtsseitiger grosser Adnextumor. Links Ovarialcyste.	9. III. 05 Salpingo-oophorect. dextr. Cystectomia ovarii sin. Rechts Ovarialabscess, aus dem Eiter in die Bauchhöhle fliesst. Schluss.	Glatte Heilung.	Diplococcen.
13.	Frau A. L. 38 J.	1905 196	1	29. III. 05 Pyosalpinx duplex. Pelveoperitonitis.	4. IV. 05 Vaginale Totalexstirpation der Adnexe und des Uterus.	24. IV. Thrombose der Saphena des linken Beines.	?
14.	Frl. L. K. 26 J.	1905 202	0	5. IV. 05 Ovarialabscess rechts. Salpingitis duplex. Oophoritis chron. sin.	27. IV. 05 Salpingo-oophorect. duplex. Ovarialabscess reisst ein. Mikuliczsche Schürze.	Glatte Heilung.	Diplococcen.
15.	Frau K. Sch. 28 J.	1905 208	4	14. IV. 05 Pyosalpinx duplex. Pyovarium sin. Oophoritis dextr.	25. IV. 05 Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe per laparat. Scheidendrainage.	2. V. Scheidendrainage entfernt.	?

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
22. I. 05	Fast vollkommen geschlossene Wunde. Vaginal alles gut.			Bericht vom 23. VII. 12. Wunde gut geschlossen, seither Wohlbefinden.	Unregelmässig schwach.	nein	nein	ja
10. III. 05	Im rechten Hypochondrium noch etwas Schmerzen. Nichts Pathologisches nachweisbar.			Bericht des Hausarzts vom 16. VIII. 12. Seit 1908 leidet P. H. an Syringomyelie. Bis 1908 war Pat. arbeitsfähig.	nein	nein	nein	Zurzeit nicht mehr arbeitsfähig.
10. IV. 05	Wunde gut geheilt. Vaginal alles gut.			Vorgestellt am 11. VII. 12. Alles gut.	Unregelmässig alle 3—4—8—12 Wochen. Bald stark, bald schwach, schmerzlos.	nein	nein	ja
17. V. 05	Vaginale Untersuchung ohne pathologischen Befund.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
5. VI. 05	Wunde per primam geheilt. Vaginal nichts besonderes zu fühlen.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
15. V. 05	Drainageloch kaum mehr zu fühlen.			Bericht vom 3. VIII. 12. Vollkommenes Wohlbefinden.	nein	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
16.	Frau A. S. 35 J.	1905 367	4	2. VII. 05 Myomatosis uteri. Pyosalpinx et Pyovarium dextrum.	14. VII. 05 Salpingo-oophorect dextr. Supravaginale. Amputatio uteri. Scheidendrainage. Schürze.	Normaler Verlauf.	?
17.	Frau E. G. 39 J.	1905 598	1	10. XI. 05 Pyosalpinx sin. Oophoritis duplex. Hydrosalpinx sin.	15. XI. 05 Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Scheidentamponade.	Normaler Verlauf.	Aktinomyceten
18.	Frau L. Sch. 35 J.	1905 625	5	21. XI. 05 Pyosalpinx duplex. Oophoritis sin.	6. XII. 05 Salpingo-oophorect. sin. Salpingectomia dext. Es kommt viel Eiter in die Bauchhöhle. Scheidendrainage. Schürze.	12. XII. Exitus an Ileus und Peritonitis.	Gonococcen
19.	Frau L. N. 44 J.	1905 638	1	3. XII. 05 Pyosalpinx sin	9. XII. 05 Vaginale Totalexstirpation uteri et adnex. Darm wird verletzt. Sehr starke Blutung während der Operation.	15. XII. Kotfistel angelegt.	Gram positive Kokken.
20.	Frau J. St. 53 J.	1906 59	5	22. I. 06 Pyosalpinx dext. Ovarialabscess links.	29. I. 06 Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe.	25. II. Ureterfistel rechts.	?
21.	Frau M. F. 41 J.	1906 155	0	6. III. 06 Pyosalpinx et Pyovarium sin. Hydrosalpinx dexter.	12. III. 06 Salpingo-oophorect dupl. Massenhaft Eiter in der Bauchhöhle. Mikuliczsche Schürze.	Langsamer Heilverlauf.	?

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
17. VIII. 05	Portio schwer beweglich, rechts davon geringe, nicht schmerzhafte Resistenz.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
4. XII. 05	Vaginal nichts Pathologisches.			Bericht vom 17. I. 12. Alles in Ordnung.	nein	nein	nein	ja
		12. XII. 05	Adnexstümpfe von guter Beschaffenheit. Appendix eitrig infiltriert. Netz- u. Dünndarm schlingen stark adhärend im Gebiet der Bauchwunde.		—	—	—	—
		15. XII. 05	Exitus an frischer Peritonitis.		—	—	—	—
4. III. 06	Fistel besteht noch.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
15. IV. 06	Schürzentrichter noch 5 cm tief. Vaginal alles gut.			Bericht vom 21. VIII. 12. Seit 1909 Menopause. Ab und zu noch leichte Schmerzen.	Menopause.	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
22.	Frl. M. L. 33 J.	1906 236	2	13. IV. 06 Beiderseits Ovarialabscesse. Salpingitis duplex. Metritis chronica.	21. IV. 06 Salpingo-oophorect. dupl. Supravaginale. Amputatio uteri. Beiderseits faustgrosse Tumoren, aus denen viel Eiter fliesst. Schürze.	Wundtrichter schliesst sich sehr langsam.	Gonococcen.
23.	Frl. M. K. 22 J.	1906 348	1	25. V. 06 Pyosalpinx et Pyovarium sin.	29. V. 06 Salpingo-oophorect. sin. Etwas Eiter kommt in die Bauchhöhle. Schluss.	Glatter Verlauf.	?
24.	Frau M. B. 25 J.	1906 386	0	18. VI. 06 Ovarialabscess rechts. Salpingitis purulenta dupl.	27. VI. 06 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingectom. sin. Eiter kommt in die Bauchhöhle. Schürze.	Glatter Verlauf.	Gonococcen
25.	Frau K. L. 50 J.	1906 429	0	28. VI. 06 Pyovarium sin. Myomatosis uteri.	11. VII. 06 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Scheidendrainage.	Glatter Verlauf.	Diplococcen
26.	Frau D. B. 23 J.	1906 534	0	18. VIII. 06 Pyovarium sin. Salpingitis duplex. Oophoritis chronica dextr.	28. VIII. 06 Salpingo-oophorect. dupl. Linker Tumor platzt. Eiter ergiesst sich in die freie Bauchhöhle. Schürze.	Verlauf normal.	?

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
19. V. 06	Wundtrichter noch 5 cm tief.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
31. VII. 06	Links kleinfaustgrosses, mässig empfindliches Exsudat.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
24. VII. 06	Links unempfindliches Exsudat.			Vorgestellt am 24. VI. 12. Alles gut.	3—4 wöch. 3 Tage lang, mässig.	nein	nein	ja
4. VIII. 06	Kein Exsudat.			Vorgestellt am 26. VI. 12. Völlig beschwerdefrei.	nein	nein	nein	ja
30. IX. 06	Links neben dem Uterus Resistenz zu fühlen. Wunde noch nicht völlig geschlossen.			Bericht vom 30. VII. 12. Hat alle Monate einige Tage lang Kreuzschmerzen. Wunde hat sich 1 Monat nach der Entlassung geschlossen. Zu schwerer Arbeit unfähig.	nein	nein	nein	Nicht vollständig arbeitsfähig.

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
27.	Frau M. S. 45 J.	1906 535	11	13. VIII. 06 Pyosalpinx duplex.	17. VIII. 06 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe. Beim Lösen platzt der linke Tumor, es entleert sich Eiter. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	?
28.	Frau A. M. 42 J.	1906 586	10	17. IX. 06 Pyovarium et Pyosalpinx dextr. Salpingitis et Oophoritis chronica sin.	25. IX. 06 Salpingo-oophorectomia dupl. Eiterherd reisst ein. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	Staphylococcus albus.
29.	Frau Th. B. 26 J.	1906 665	2	30. X. 06 Pyovarium dextr.	27. XI. 06 Salpingo-oophorect. dextr. Eiter kommt in das Abdomen. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	?
30.	Frau K. B. 28 J.	1906 669	2	2. XI. 06 Pyosalpinx duplex. Oophoritis duplex.	12. XI. 06 Salpingo-oophorect. duplex. Vom rechten Ovar wird nur ein kleiner Teil exstirpiert. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	Steriler Eiter.
31.	Frau B. E. 23 J.	1906 681	1	6. XI. 06 Pyosalpinx dupl. Pyovarium dextr. Oophoritis sin.	23. XI. 06 Salpingo-oophorectomia duplex. Drainage nach der Scheide.	Verlauf normal.	Eiter steril.
32.	Frau M. C. 24 J.	1906 752	1	15. XII. 06 Pyovarium sin. Oophoritis chron. sin.	15. I. 07 Salpingo-oophorectomia sin. Etwas Eiter kommt in die Bauchhöhle. Wegen derben Verwachsungen im kleinen Becken Schürze.	Verlauf normal.	Aktinomyceten.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
20. X. 06	Alles gut.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
22. X. 06	Nirgends Resistenz zu fühlen.			Bericht vom 24. VIII. 12. An interkurrenter Krankheit vor 2 Jahren gestorb.	—	—	—	—
6. XII. 06	Alles gut.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
1. XII. 06	Vaginale Untersuchung o. B.			Vorgestellt am 28. VI. 12. Keinerlei Schmerzen.	Alle 20 Tage 5 Tage lang und stark.	nein	nein	ja
21. XII. 06	Uterus etwas nach rechts verzogen. Ovarialrest nicht druckempfindlich.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
14. II. 07	Geringes Exsudat links vom Uterus.			Bericht vom 28. VI. 12. 5 M.-Stück grosse Hernie zwischen Nabel und Symphyse.	Regelmässig vierwöchentlich	nein	ja	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
33.	Frau J. R. 41 J.	1907 149	8	16. III. 07 Doppelseitige Ovarialabscesse.	25. III. 07 Salpingo-oophorect. dupl. Abscesse mandarinengross. Beide Tuben stark verdickt. Schluss.	Verlauf normal.	?
34.	Frl. J. F. 21 J.	1907 153	1	18. III. 07 Pyovarium et Pyosalpinx dupl.	25. III. 07 Salpingo-oophorect. dupl. Eiter kommt in Bauchhöhle. Toilette derselben. Naht.	20. V. Pleuritis exsudativa.	?
35.	Frl. C. F. 26 J.	1907 174	0	9. IV. 07 Doppelseitige Ovarialabscesse.	15. IV. 07 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingect. sin. Schluss.	Verlauf normal.	Gonococcen.
36.	Frau S. S. 27 J.	1907 176	3	9. IV. 07 Pyosalpinx dupl. Oophoritis sin.	15. IV. 07 Salpingo-oophorect. sin. Salpingect. dextr. Aus dem l. Tumor fliesst Eiter aus. Bauchnaht.	Verlauf normal.	?
37.	Frau E. D. 26 J.	1907 182	0	15. IV. 07 Pyovarium et Pyosalpinx dupl. Pelveoperitonitis.	21. IV. 07 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Wegen Verschmierung Schürze und Scheidendrainage.	Wunde heilt langsam.	Streptococcen.
38.	Frau K. B. 26 J.	1907 191	1	15. IV. 07 Pyosalpinx dupl. Oophoritis sin. Exsudat im Douglas	25. IV. 07 Salpingo-oophorect. sin. Salpingect. dextr. Bauchdeckennaht.	Verlauf glatt.	Gonococcen.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
16. IV. 07	Alles gut.			Bericht vom 15. VII. 12. Völliges Wohlbefinden.	nein	nein	nein	ja
27. V. 07	In die medizinische Klinik verlegt. Vaginal alles in Ordnung.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
18. V. 07	Mässig empfindliches Exsudat rechts vom Uterus.			Bericht vom 2. VIII. 12. Ist seit 5 Jahren im Ausland und arbeitsfähig.	?	nein	nein	ja
2. V. 07	Uterus anteflektiert, beweglich.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
9. VII. 07	Im Douglas beiderseits Resistenz.			Bericht vom 1. VIII. 12. Seither immer Wohlbefinden und volle Arbeitsfähigkeit.	nein	nein	nein	ja
12. V. 07	Alles gut.			Bericht vom 30. VI. 12. Keine Klagen.	Regelmässig vierwöchentl. stark.	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
39.	Frau K. L. 21 J.	1907 238	1	3. V. 07 Pyosalpinx dupl. Oophoritis dupl.	16. V. 07 Salpingo-oophorect. dupl. Rechter Tumor platzt. Bauchtoilette. Naht.	Verlauf normal.	?
40.	Frau M. D. 24 J.	1907 242	1	6. V. 07 Pyosalpinx sin. Oophoritis chronica sin.	13. V. 07 Salpingo-oophorect. sin. Appendectomia. Naht.	Verlauf normal.	?
41.	Frl. F. B. 26 J.	1907 279	1	25. V. 07 Pyosalpinx et Pyovarium sin. Pyosalpinx dext.	1. VI. 07 Salpingo-oophorect. sin. Salpingect. dext. Linker Pyosalpinx platzt beim Lösen. Naht.	Verlauf normal.	Gonococcen.
42.	Frau E. Qu. 34 J.	1907 392	1	2. VI. 07 Pyosalpinx dupl. Oophoritis chronica dextr.	29. VI. 07 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingect. sin. Eiter kommt in die Bauchhöhle. Toilette derselben. Naht.	Verlauf normal.	Gonococcen.
43.	Frau M. M. 23 J.	1907 384	2	17. VII. 07 Pyosalpinx dupl. Oophoritis dextr. Perimetritis.	20. VII. 07 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingect. sin. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	Gonococcen.
44.	Frau A. K. 29 J.	1907 498	0	24. IX. 07 Pyosalpinx et Pyovarium dupl.	5. X. 07 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Schürze.	Verlauf normal.	Negativ.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
30. V. 07	Alles gut.			Vorgestellt am 8. VII. 12. Völlig gesund.	Regelmässig vierwöchentl. 4—8 Tage.	nein	nein	ja
31. V. 07	Links neben dem Uterus mässig empfindliches Exsudat.			Bericht vom 23. VIII. 12. Hat in den ersten 4 Wochen nach der Entlassung Schwindelanfälle gehabt; seitdem gesund.	Regelmässig vierwöchentl.	nein	nein	ja
7. VI. 07	Uterus anteflekt. Wenig beweglich.			Bericht vom 2. VIII. 12. Vollauf arbeitsfähig. Angaben über die Regel fehlen.	?	nein	nein	ja
16. VII. 07	Alles gut.			15. VI. 12 vorgestellt. Seitdem immer gesund.	Regelmässig vierwöchentl.	nein	nein	ja
10. VIII. 07	Kleines, etwas empfindliches Exsudat im Douglas.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
4. XI. 07	Wunde nahezu geschlossen.			25. VII. 12 vorgestellt. Vaginal alles gut. Seit Frühjahr 1912 angeblich magenkrank.	nein	nein	nein	Nur zu leichter Arbeit fähig.

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
45.	Frau F. E. 25 J.	1907 504	1	27. IX. 07 Tubo-ovarieller Abscess beiderseits.	11. X. 07 Salpingo-oophorect. dupl. Reissen der Abscesse. Drainage nach der Scheide und Schürze.	Verlauf anfänglich fieberhaft.	Streptococcen. Staphylococcen.
46.	Frau E. S. 39 J.	1907 542	2	23. X. 07 Pyosalpinx dextr. Kystadenoma ovarii dupl.	23. X. 07 Salpingo-oophorect. dupl. Drainage nach der Scheide. Schürze.	Verlauf normal.	Nichts gewachsen.
47.	Frau A. F. 34 J.	1907 619	4	3. XII. 07 Pyosalpinx et Pyovarium sin. Pyosalpinx dexter.	9. XII. 07 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe. Scheidendrainage und Schürze.	Verlauf normal.	Streptococcen. Bact. coli. Actinomyceten.
48.	Frau M. R. 30 J.	1907 577	0	5. XI. 07 Pyovarium et Pyosalpinx dupl.	8. XI. 07 Salpingo-oophorect. dupl. Bauchnaht.	Verlauf normal.	Actinomyceten. Diplococcen
49.	Frau M. K. 26 J.	1907 631	1	8. XII. 07 Pyosalpinx et Pyovarium dupl.	14. XII. 07 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Platzen der Tumoren. Drainage nach der Scheide.	Verlauf normal.	Negativ.
50.	Frl. B. B. 25 J.	1908 81	0	11. II. 08 Pyosalpinx et Pyovarium sin. et dext.	17. II. 08 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus. Ovariotomie sin. Naht.	25. II. Ileuserscheinungen. 26. II. Enterostomie. 12. III. Exitus.	Actinomyceten.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
1. II. 08	Wunde bis auf 1 cm geschlossen.			Bericht vom 25. VII. 12 Seither völliges Wohlbefinden.	nein	nein	nein	ja
30. XI. 07	Schürzenöffnung fast völlig geschlossen.			Bericht vom 20. VIII. 12. 18 Monate nach der Operation trat die Regel 6 Mon. lang regelm. auf und sistierte dann. Seit 8 Mon. ununterbrochene Blutung und sehr starke Leibschm.	nein	nein	nein	Nur zu leichter Arbeit fähig.
24. I. 07	Vaginal alles gut.			9. VII. 12 vorgestellt. Wohlbefinden.	nein	nein	nein	ja
19. XII. 07	Vaginalbefund gut.			12. VII. 12 vorgestellt. Ab und zu geringe Leibschmerzen.	nein	nein	nein	ja
3. I. 08	Scheidenwände noch nicht völlig geheilt.			4. VII. 12 vorgestellt. Gutes Befinden.	nein	nein	nein	ja
		12. III. 08	Abgekapselte eitrige Peritonitis unter dem Zwerchfell zwischen Magenwand, link. Leberlapp. und Milz gelegen. Doppelseitige Bronchopneumonia.	—	—	—	—	—

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
51.	Frau M. F. 29 J.	1908 91	3	15. II. 08 Pyosalpinx dexter. Oophoritis dextra. Pyosalpinx sin.	22. II. 08 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingect. sin. Scheidendrainage.	Verlauf verzögert.	Negativ.
52.	Frl. E. H. 21 J.	1908 196	0	13. IV. 08 Pyosalpinx dupl. Oophoritis sin.	15. IV. 08 Salpingo-oophorect. sin. Salpingect. dextr. Linker Tumor platzt. Drainage nach der Scheide.	Verlauf gestört. Links entsteht ein druckempfindliches Tumor.	Negativ.
53.	Frau S. K. 24 J.	1908 217	1	18. V. 08 Pyovarium dextr. Peri- u. Endosalpingitis sin.	21. V. 08 Salpingo-oophorect. dextr. Resektion des linken Ovariums. Platzen der Tumoren. Schürze. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	Streptococcen.
54.	Frl. M. W. 50 J.	1908 202	0	21. IV. 08 Pyosalpinx dupl. Myoma uteri.	27. IV. 08 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe. Tumor links reisst beim Loslösen ein. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	Streptococcen.
55.	Frl. J. Sch. 29 J.	1908 234	1	4. V. 08 Pyosalpinx dexter. Pyovarium sin. Appendicitis chronica.	6. V. 08 Salpingo-oophorect. dupl. Appendectomie. Schluss.	Verlauf normal.	Streptococcen.
56.	Frau L. Sch. 21 J.	1908 300	0	2. VI. 08 Doppelseitiger Ovarialabscess. Appendicitis.	5. VI. 08 Salpingo-oophorect. sin. Oophorect. dextr. Appendectomie. Taegon durch die Bauchwunde.	27. VII. 08 Sekundärnaht der Bauchwunde.	Negativ.
57.	Frau K. M. 41 J.	1908 392	0	17. VII. 08 Pyosalpinx dupl.	23. VII. 08 Salpingect. dupl. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
21. III. 08	Links besteht noch etwas Resistenz.			Bericht vom 7. VIII. Seit der Operation vollständig gesund. Keine Angaben über die Regel.	?	nein	nein	ja
23. VI. 08	Links besteht noch der Tumor, ist aber nicht mehr schmerzhaft.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
6. VI. 08	Wunde nahezu geschlossen. Vaginal kein Exsudat fühlbar.			Vorgestellt am 28. VI. 12.	Regelmässig vierwöchentl. 2—4 Tage lang.	nein	nein	ja
23. V. 08	Keine Geschwulst fühlbar.			Vorgestellt am 23. VI. 12. Fühlt sich seither vollständig wohl.	nein	nein	nein	ja
26. V. 08	Alles gut.			Bericht vom 24. VII. 12. Im Unterleib noch ab und zu geringe Beschwerden.	nein	nein	nein	Nur zu leichter Arbeit fähig.
22. VIII. 08	Wunde noch nicht völlig geheilt. Vaginal alles gut.			Vorgestellt am 31. VII. 12. Eiterung der Wunde bestand noch 5 Monate lang.	Unregelm. 2—5monatl. 5—6 Tage lang, an Stärke wechselnd.	nein	nein	ja
5. IX. 08	Vaginal: Geringe Empfindlichkeit des Douglas.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
58.	Frl. M. Sp. 18 J.	1908 415	0	28. VII. 08 Pyosalpinx et Pyovarium dextr.	30. VII. 08 Salpingo-oophorect. dupl. Drainage nach der Scheide.	Verlauf etwas fieberhaft.	Gonococcen.
59.	Frau L. G. 26 J.	1908 467	1	15. IX. 08 Pyosalpinx sin. Retroflexio uteri fixata.	1. X. 08 Salpingect. sin. Intraabdominelle Verkürzung der ligg. rotunda. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
60.	Frau H. L. 26 J.	1909 138	0	11. III. 09 Pyosalpinx et Pyovarium dextr. Appendicitis chronica.	7. IV. 09 Salpingo-oophorect. dextr. Appendectomie. Resectio ovarii sin. Scheiden drainage.	22. IV. Aus der Vagina fliesst Eiter ab. Im Douglas überall Resistenz.	Streptococcen.
61.	Frau M. B. 43 J.	1909 170	1	10. III. 09 Pyosalpinx dupl. Myomatosis uteri.	19. III. 09 Abdom. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Eiter kommt beim Lös. der Tumoren in die Bauchhöhle, deshalb Drainage nach der Scheide.	21. IV. Ileuserscheinungen. 21. IV. Exitus	—
62.	Frl. E. K. 17 J.	1909 269	0	12. V. 09 Pyosalpinx et Pyovarium sin.	12. VI. 09 Salpingo-oophorect. sin. Scheiden drainage	21. VI. Bei Entfernung der Fäden entsteht eine kleine Fistel.	Gonococcen. Streptococcen. Bact. Coli
63.	Frau L. G. 37 J.	1909 360	3	28. VI. 09 Pyosalpinx et Pyovarium dextr. Graviditas tubaria mit Hämatocele	1. VII. 09 Exstirpatio uteri cum adnexis per laparat. Schürze und Scheiden drainage.	Verlauf gestört. Bauchfistel.	Streptococcen.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
27. VIII. 08	Vaginal alles gut.			Bericht vom 25. VIII. 12. Hat seither nichts mehr zu klagen. Ist seit 2 Jahren verheiratet.	Regelm. 8 Tage dauernd. Starker Blutverlust.	nein	nein	ja
17. X. 08	Douglas etwas druckempfindlich.			Vorgestellt am 10. VII. 12. Nach der Operation noch dreimal in die Klinik aufgenommen wegen heftiger Beschwerden während der Menses.	Regelm. 5—6 Tage lang, sehr stark.	nein	nein	Nur teilweise arbeitsfähig.
2. V. 09	Rechts im Douglas eine kleine, nicht schmerzhafte Resistenz zu fühlen.			Bericht vom 5. VIII. 12. Ist beschwerdefrei.	Regelm. 4 Tage lang stark.	nein	nein	ja
?	—	22. IV. 09	Lokale Peritonitis im Operationsgebiet.	—	—	—	—	—
16. VII. 09	Wunde noch nicht ganz geschlossen. Gutes Allgemeinbefinden.			Bericht vom 27. VII. 12. Hat nichts zu klagen.	Regelm. alle 3 Woch. 6 Tage lang, schwach.	nein	nein	ja
24. VII. 09	Wunde noch 10 cm tief. Vaginal alles gut.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
64.	Frau K. L. 36 J.	1909 438	1	9. VIII. 09 Pyosalpinx dexter. Ovarialabscess rechts. Myoma uteri.	18. VIII. 09 Exstirpatio uteri. Salpingo-oophorect. dextr. Scheidendrainage	Verlauf normal.	Negativ.
65.	Frau K. D. 27 J.	1909 458	0	11. VIII. 09 Pyosalpinx sin. Oophoritis sin.	22. VIII 09 Salpingo-oophorect. sin. Schluss.	7. X. Sekundärnaht, da die Bauchwunde nur sehr langsam epithelisiert.	Streptococcen.
66.	Frau B. K. 35 J.	1909 592	0	12. XI. 09 Pyosalpinx sin. Myoma uteri.	14. XI. 09 Salpingect. sin. Salpingo-oophorect. dextra. Rechte Adnexe entfernt wegen eines mit ihnen stark verwachs. Myoms. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
67.	Frau A. G. 32 J.	1909 597	1	13. XI. 09 Pyovarium et Pyosalpinx dexter. Pyosalpinx sin.	27. XI. 09 Abdom. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Schluss.	Verlauf normal.	Gonococcen. Streptococcen.
68.	Frau K. R. 20 J.	1909 651	0	18. XII. 09 Pyovarium sin. Salpingitis chron. dupl.	27. XII. 09 Salpingo-oophorect. sin. Salpingotomia dextr. Scheidendrainage.	Auftreten von Decubitus.	Gonococcen.
69.	Frau K. W. 40 J.	1909 667	2	30. XII. 09 Pyosalpinx et Pyovarium sin. Salpingitis dextr.	4. I. 10 Salpingo-oophorect. sin. Salpingotomia dextr.	Verlauf normal.	Negativ.
70.	Frau K. L. 36 J.	1910 10	5	5. I. 10 Pyosalpinx dupl. Oophoritis dupl. Pyovarium sin.	10. I. 10 Salpingo-oophorect. sin. Salpingect. dextr. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
31. VIII. 09	Scheide nach oben hin durch reichliches Narbengewebe geschlossen.			Vorgestellt am 1. VII. 12. Keine Klagen.	nein	nein	nein	ja
23. X. 09	Wunde völlig geheilt. Im linken Parametrium Resistenz.			Bericht vom 22. VI. 12. Ab und zu geringe und kurzdauernde Schmerzen im Leib.	Regelm., schwach.	nein	nein	ja
7. XII. 09	Ueber d. linken Scheidengewölbe noch schmerzhafte Resistenz.			Vorgestellt am 16. VI. 12. Alles gut.	Regelm., schwach, etwas schmerzhaft.	nein	nein	ja
11. XII. 09	Links über dem Scheidengewölbe schwartige Infiltration, nicht schmerzhaft.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
19. II. 10	Decubitus noch markstückgross.			Bericht vom 24. VII. 12. Decubitus hat noch 4 Wochen bestand. Völlig beschwerdefrei.	Regelm. 4 wöchentl. 3—4 Tage lang mässig.	nein	nein	ja
22. I. 10	Rechtes Ovarium etwas druckempfindlich.			Bericht vom 29. VII. 12. Keine Klagen. Seit Herbst 1911 bestehe gelber Ausfluss.	Regel stark und sehr unregelmässig.	nein	nein	ja
24. I. 10	Geringe Resistenz und Druckempfindlichkeit über beiden seitlich. Scheidengewölben.			Vorgestellt am 26. VI. 12.	Regelmässig.	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
71.	Frau M. D. 36 J.	1910 28	2	7. I. 10 Pyosalpinx dupl. Ovarialabscess rechts.	22. I. 10 Salpingo-oophorect. dupl. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
72.	Frl. K. W. 41 J.	1910 158	0	28. II. 10 Pyosalpinx sin. Hämmorrhagische Follikelcysten in beiden Ovarien.	3. III. 10 Salpingo-oophorect. sin. et dextra. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
73.	Frau J. K. 47 J.	1910 280	3	10. V. 10 Pyosalpinx et Pyovarium sin. Hydrosalpinx dexter. Myomatosis uteri.	14. V. 10 Supravaginale Amputation des Uterus. Salpingotomia dextra. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
74.	Frau K. H. 38 J.	1910 312	3	25. V. 10 Pyosalpinx et Pyovarium dupl.	28. V. 10 Salpingo-oophorect. dupl. Scheidendrainage	29. V. Peritonitische Erscheinungen. 1. VI. Exitus.	Gonococcen.
75.	Frau C. W. 24 J.	1910 371	0	21. VI. 10 Pyosalpinx dexter.	27. VI. 10 Salpingotomia dextra. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
76.	Frl. S. M. 26 J.	1910 436	0	16. VII. 10 Pyosalpinx dupl. Perioophoritis dextr.	29. VII. 10 Salpingo-oophorect. dextra Salpingotomia sin. Schluss.	Verlauf normal.	Negativ.
77.	Frau A. S. 50 J.	1910 469	7	1. VIII. 10 Pyosalpinx dexter. Myomata uteri.	11. VIII. 10 Vaginale Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe. Scheidendrainage.	Verlauf normal.	Streptococcus putridus. Diplococcen.
78.	Frau S. K. 22 J.	1910 573	1	10. X. 10 Pyosalpinx dexter. Oophoritis chron. dextra. Pyosalpinx sin.	22. X. 10 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingotomia sin. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Streptococcus viridans.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
5. II. 10	Uterus anteflektirt, kaum beweglich.			Bericht vom 1. VIII. 12. Völlig beschwerdefrei.	nein	nein	nein	ja
12. III. 10	Vaginal alles gut.			Bericht vom 31. VII. 12. Keinerlei Beschwerde.	nein	nein	nein	ja
31. V. 10	Alles in Ordnung.			Bericht vom 20. VI. 12. Seither immer gesund.	nein	nein	nein	ja
		1. VI. 10	Doppelte Perforation einer Dünndarmschlinge. Peritonitis purulenta	—	—	—	—	—
9. VII. 10	Rechts hinter dem Uterus eine kleine, schmerzhafte, infiltrierte Stelle.			Vorgestellt am 6. VII. 12. Starker fluor albus. Vaginal Douglas druckempfindlich.	Regelm. 4wöchentl. 8—10 Tage lang, schmerzhaft.	nein	nein	Nur zu leichter Arbeit fähig.
19. VIII. 10	Vaginal nichts druckempfindlich.			Vorgestellt am 21. VI. 12. Kleine Hernie, sonst völliges Wohlbefinden.	?	?	ja	ja
30. VIII. 10	Vaginal keine Schmerzen, jedoch noch starker schmieriger Ausfluss.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
5. XI. 10	Rechts neben dem Uterus noch geringes Exsudat.			Vorgestellt am 12. VII. 12. Vor dem Eintritt der Periode jedesmal Hämoptoe.	Regelm. 4wöchentl. 5 Tage lang, schmerzhaft.	nein	nein	Nur zu leichter Arbeit fähig.

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
79.	Frau S. K 41 J.	1910 621	2	3. XI. 10 Pyovarium sin. Salpingitis chron. dextra. Oophoritis dextr.	7. XI. 10 Salpingo-oophorect. dupl. Schluss.	16. XI. Vaginal Exsudat zu fühlen.	Gonococcen.
80.	Frau S. E. 47 J.	1910 671	1	18. XI. 10 Myomatosis uteri. Hydrosalpinx sin. Pyovarium et Pyosalpinx dexter.	29. XI. 10 Abdom. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Gram positive Stäbchen
81.	Frau K. M. 29 J.	1910 734	1	21. XII. 10 Pyosalpinx dexter.	23. XII. 10 Salpingotomia dext. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Gonococcen.
82.	Frau M. Sch. 38 J.	1910 735	0	21. XII. 10 Pyosalpinx et Pyovarium dextr. Pyosalpinx sin. Douglasabscess.	16. I. 11 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingotomia sin. Oelung mit Kampfer. Drainage nach der Scheide.	23. I. Fäden entfernt. Im oberen Wundwinkel Abscess.	Coli ahaemolyt. Anaerole Stäbchen
83.	Frl. L. H. 25 J.	1911 14	3	6. I. 11 Pyosalpinx et Pyovarium sin.	16. I. 11 Salpingo-oophorect. sin. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Streptococcus.
84.	Frau S. K. 37 J.	1911 138	3	23. III. 11 Retroflexio uteri fixata. Pyosalpinx et Oophoritis dextr. Salpingitis sin.	27. III. 11 Salpingo-oophorect. dextr. Salpingotomia sin. Oelung mit Kampfer. Drainage nach der Scheide.	Verlauf normal.	Negativ.
85.	Frl. L. M. 32 J.	1911 208	1	5. IV. 11 Pyovarium et Pyosalpinx dext.	10. IV. 11 Salpingo-oophorect dextr. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Gonococcen.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
13. XII. 10	Kein Exsudat mehr vorhanden.			Vorgestellt am 11. VII. 12. Seither immer Wohlbefinden.	nein	nein	nein	ja
29. XII. 10	Alles gut.			Vorgestellt am 1. VII. 12. Kleine Hernie fünfmarkstückgross.	nein	nein	ja	ja
7. I. 11	Rechts vom Uterus kleines Exsudat fühlbar.			Bericht vom 3. VIII. 12. Seitdem ohne Beschwerden.	Unregelm. stark.	nein	nein	ja
22. II. 11	Wunde fast ganz überhäutet. Innerlich kein Exsudat fühlbar.			Vorgestellt am 9. VII. 12. Wohlbefinden.	Regelm. 4wöchentl. 2—3 Tage lang, stark, ohne Schmerzen.	nein	nein	ja
31. I. 11	Vaginal alles gut.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
10. IV. 11	Alles gut.			Vorgestellt am 5. VII. 12. Wohlbefinden.	Regelm. 4wöchentl.	nein	nein	ja
26. IV. 11	Vaginal geringes Exsudat nachweisbar.			Vorgestellt am 12. VII. 12. Alles gut.	Regelm. 3wöchentl. 4—6 Tage lang.	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
86.	Frau A. R. 27 J.	1911 332	2	8. VI. 11 Pyosalpinx dupl. Perioophoritis sin.	14. VI. 11. Salpingo-oophorect. sin. Salpingotomia dextr. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Eiter steril.
87.	Frau B D. 39 J.	1911 337	5	3. VII. 11 Pyosalpinx sin. Oophoritis dupl. abscedens Salpingitis dexter.	7. VII. 11 Salpingo-oophorect. dupl. Oelung mit Kampfer. Schluss.	Verlauf normal.	Eiter steril.
88.	Frau L. E. 37 J.	1911 400	0	15. VII. 11 Pyosalpinx dupl. Cystovarium sin.	22. VII. 11 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe mit Ausschluss des recht. Ovariums. Oelung mit Kampfer. Drainage nach der Scheide.	Verlauf normal.	Eiter steril.
89.	Frau L. M. 52 J.	1911 507	4	2. X. 11 Pyosalpinx dupl. Carcinoma cervicis, portionis et vaginae.	16. X. 11 Totalexstirpation nach Wertheim. Oelung mit Kampfer. Scheidendrainage.	10. XI. Thrombose der vena saphena rechts.	Streptococcus putridus.
90.	Frau M. L. 33 J.	1911 537	7	30. X. 11 Pyosalpinx dupl. Oophoritis dupl.	6. XI. 11 Salpingo-oophorect. dupl. Oelung mit Kampfer. Scheidendrainage	Bauchwunde eitert anfangs, heilt langsam.	Eiter steril.
91.	Frl. A. P. 21 J.	1911 605	0	7. XI. 11 Pyosalpinx dupl. Oophoritis sin.	16. XII. 11 Salpingo-oophorect. sin. Salpingotomia dextr. Oelung mit Kampfer. Scheidendrainage.	9. I. sekundäre Bauchnaht.	Negativ.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
28. VI. 11	Keine Resistenz und Druckempfindlichkeit per vaginam nachzuweisen.			Bericht vom 13. VIII. 12. Periode sehr schmerzhaft, aber schwach.	Unregelmässig.	nein	nein	ja
24. VII. 11	Rechts u. links im Scheidengewölbe geringe Resistenz.			Bericht vom 14. VIII. 12. Seitdem immer wohl	nein	nein	nein	ja
5. VIII. 11	Links Exsudat per vaginam zu fühlen.			Vorgestellt am 10. VIII. 12. Leibschmerzen zur Zeit, «wo die Periode kommen soll».	nein	nein	nein	ja
8. XII. 11	Scheidengrund fühlt sich hart an.			Nicht zu ermitteln.	?	?	?	?
9. XII. 11	Bauchwunde noch nicht völlig geheilt.			Bericht vom 23. VII. 12. Längere Zeit nach der Operation noch Beschwerd. Jetzt aber völlig wohl.	Regelm. 2—3 Tage.	nein	nein	ja
20. I. 12	Bauchwunde nahezu geschlossen. Links neben dem Uterus geringe Druckempfindlichkeit.			7. VII. 12 vorgestellt.	Regelm. ohne Besonderheiten.	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation / Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
92.	Frau M. M. 30 J.	1911 616	1	14. XI. 11 Pyosalpinx sin. Hydrosalpinx dext. Oophoritis dupl.	20. XI. 11 Salpingo-oophorect. dupl. Während der Operation starker Blutverlust. Oelung mit Kampfer. Exitus 15 Min. post operationem.	—	Reinkultur von Bact. coli.
93.	Frau L. S. 29 J.	1911 636	4	21. XI. 11 Pyosalpinx et Pyovarium dupl.	13. XII. 11 Salpingo-oophorect. dupl. Oelung mit Kampfer. Scheidendrainage.	Bauchdeckenwunde granuliert langsam.	Eiter steril.
94.	Frl. M. D. 25 J.	1911 651	0	29. XI. 11 Pyosalpinx et Pyovarium dext. Salpingitis et Cystovarium sin.	6. XII. 11 Salpingo-oophorect. dupl. Oelung mit Kampfer. Naht.	29. XII. 11 Sekundärnaht der Bauchdecke.	Bact. coli. Streptococcen.
95.	Frl. M. M. 31 J.	1911 655	6	3. XII. 11 Pyosalpinx et Pyovarium dupl.	9. XII. 11 Salpingo-oophorect. dupl. Oelung mit Kampfer. Naht.	6. I. 12 Sekundärnaht.	Bact. coli.
96.	Frl. H. E. 22 J.	1912 50	1	18. I. 12 Ovarialabscess links. Perisalpingitis sin. Salpingits chron. dext.	22. I. 12 Salpingo-oophorect. sin. Salpingotomia dextr. Oelung mit Kampfer. Naht.	Verlauf normal.	Eiter steril.
97.	Frl. M. K. 33 J.	1912 68	0	30. I. 12 Doppelseitige eitrige Adnextumoren.	1. II. 12 Abdominelle Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Oelung mit Kampfer. Scheidendrainage.	11. II. Stuhlabgang durch die Scheide.	Eiter steril.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
—	—	20. XI. 11	Acute Anämie.	—	—	—	—	—
10. I. 12	In der linken Adnexgegend mässig empfindliche Schmerzen.			Vorgestellt am 14. VII. 12. Alles gut.	nein	nein	nein	ja
21. I. 12	Alles gut.			Bericht vom 30. VII. 12. Fühlt sich seither wohl.	Hat menstruiert am 15. III. „ 2. IV. „ 1. VII. schwach, 3—4 Tage lang.	nein	nein	ja
21. I. 12	Alles gut.			14. VII. 12. Alles gut.	nein	nein	nein	ja
7. II. 12	Alles gut.			Bericht vom 30. VIII. 12. Seit 2 Monaten regelmässige Periode.	ja	nein	nein	ja
28. III. 12	Fistel besteht noch. Sehr geringer Stuhlabgang durch die Vagina.			Vorgestellt am 14. VII. 12. Fistelöffnung besteht noch, sonst keinerlei Beschwerden.	nein	nein	nein	ja

	Name, Alter	Jahr der Operation Nummer des Hauptbuchs	Partus od. Abort	Krankheit u. Datum der Aufnahme	Operation und Datum	Verlauf nach der Operation	Bakteriologischer Befund
98.	Frl. A. St. 22 J.	1912 105	1	19. II. 12 Pyosalpinx sin. Oophoritis et Perioophoritis sin.	19. III. 12 Salpingo-oophorect. sin. Oelung mit Kampfer. Naht.	Verlauf normal.	Eiter steril.
99.	Frl. E. G. 18 J.	1912 29	0	12. I. 12 Ovarialabscess rechts. Salpingitis dupl.	22. I. 12 Salpingo-oophorect. dext. Salpingect. sin. Oelung mit Kampfer. Naht.	Verlauf normal.	Eiter steril.
100.	Frl. K. E. 39 J.	1912 256	0	4 V. 12 Pyosalpinx dupl. Ovarialabscess links. Oelung mit Kampfer. Schluss.	13. V. 12 Salpingo-oophorect. sin. Salpingect. dextr.	Verlauf normal.	Eiter steril.

Entlassung	Entlassungsbefund	Gestorben	Sektionsbefund	Späteres Befinden resp. Bericht	Menses nach der Operation	Hernie nach der Operation	Geburt oder Abort nach der Operation	Dauerheilung und Arbeitsfähigkeit
6. IV. 12	Uterus anteflektiert. Keine Resistenz.			Vorgestellt am 17. VII. 12. Vaginal links kleines, nicht empfindliches Exsudat	Regelm. 3—4 Tage ohne Beschwerden.	nein	nein	ja
7. II. 12	Geringer Druckschmerz hinter dem Uterus.			Bericht vom 23. VII. 12. Keine Klagen.	Unregelm. 4—6 Tage schwach.	nein	nein	ja
4. VI. 12	Links in der Ovarialgegend geringe Resistenz.			Bericht vom 25. VII. 12. Fühlt sich noch etwas schwach.	Hat seither 1 Mal menstruiert.	nein	nein	ja

Von diesen 100 Fällen eitriger Adnextumoren sind operiert:

Laparatomien ohne Drainage	43	Fälle
Laparatomien mit Scheidendrainage . .	29	„
Laparatomien mit Mikulicz'scher Schürze	19	„
Vaginale Operationen	9	„
	100	Fälle

Davon sind

Abdominelle Radikaloperationen . . .	16	Fälle
Vaginale Radikaloperationen	8	„
Doppelseitige Entfernung der Adnexe .	27	„
Unvollständige Entfernung der Adnexe	49	„
	100	Fälle

Doppelseitige Erkrankungen	86	Fälle
Rein einseitige Erkrankungen	14	„
	100	Fälle

Todesfälle an

Sepsis	1 Fall
Peritonitis . . .	5 Fälle
akuter Anämie .	1 Fall

7 Fälle = 7% Mortalität.

Bemerkenswert ist, dass unter den letzten 50 Fällen nur 1 Fall von Peritonitis ist, der mit der Eiterverschmieruug zusammenhängt; ein anderer Fall starb an übersehener Darmverletzung, der dritte erlag einer akuten Anämie.

Von den 93 lebend Entlassenen sind:

Vollständig geheilt und arbeitsfähig . .	62	= 88,6%
nur teilweise arbeitsfähig	7	= 10%
nicht arbeitsfähig	1	= 1,3%
gestorben an interkurrenten Erkrankungen	2	
nicht zu ermittelnde Adressen	21	
	93	

Davon haben nach der Operation:

Menstruation verloren	30	= 46,6%
eine regelmässige Periode	25	= 38,4%
eine unregelmässige Periode	10	= 15,3%
gestorben an interkurrenten Erkrankungen	2	
fragliche Fälle	26	

Unter den 77 in Betracht kommenden Fällen sind 3 postoperative Hernien zu verzeichnen. Und zwar verteilen sie sich so, dass in 1 Fall (Nr. 32) die Mickulicz'sche Schürze in Anwendung gekommen war, in den beiden anderen Fällen (Nr. 76 und Nr. 80) die primäre Bauchnaht gemacht war. Prozentual berechnet also 3,8% postoperative Hernien.

Ein Fall von Partus oder Abort ist nicht zu verzeichnen.

I. Die 43 ohne jegliche Drainage operierten Fälle haben folgende Resultate:

Dauernd geheilt und arbeitsfähig . . .	30	= 85,7%
teilweise arbeitsfähig	4	= 11,4%
nicht arbeitsfähig	0	= 0%
gestorben	1	= 2,8%
fragliche Fälle	8	
	43	

II. Die 29 mit Scheidendrainage operierten Fälle haben folgende Resultate:

Dauernd geheilt und arbeitsfähig . . .	19	= 86,4%
Gestorben	3	= 13,6%
nur teilweise arbeitsfähig	0	= 0%
fragliche Fälle	6	
an interkurrenter Erkrankung gestorben	1	
	29	

An der v. Herff'schen Klinik beträgt die Mortalität der wegen eitriger Adnexoperation drainierten Fälle 24,4%.

Setzt man Gruppe I in Beziehung zu Gruppe II, so repräsentieren sie die Fälle leichterer und mittelschwerer Erkrankungen und im Durchschnitt berechnet erzielen sie eine Dauerheilung von 86%.

III. Die 19 mit Mikulicz'scher Schürze behandelten Fälle (8 davon sind zugleich auch nach der Vagina zu drainiert) haben folgende Resultate:

Dauernd geheilt	10	= 66%
nur teilweise arbeitsfähig	3	= 20%
gestorben	2	= 3%
gestorben an interkurrenten Erkrankungen	1	
fragliche Fälle	3	
	19	

Gruppe III vertritt die Fälle schwerster Erkrankungen, bei denen man mit grösserer Eiterüberschwemmung und ungenügender Blutstillung zu rechnen hatte. Die Dauerresultate sinken hier auf 66%.

Die 8 vaginalen Radikaloperationen geben folgende Resultate:

Dauernd geheilt	4	= 80%
gestorben	1	= 20%
fragliche Fälle	3	
	8	

Die 16 abdominellen Radikaloperationen verteilen sich so:

Dauernd geheilt	10	= 83,3%
teilweise arbeitsfähig	1	= 8,3%
gestorben	1	= 8,3%
fragliche Fälle	4	
	16	

Von den 76 konservativ (d. h. mit Erhaltung eines Teils der Adnexe) operierten Fällen sind:

Dauernd geheilt	48	= 80%
nur teilweise arbeitsfähig	6	= 10%
nicht arbeitsfähig	1	= 1,6%
gestorben	5	= 8,4%
gestorben an interkurrenter Todesursache	2	
fragliche Fälle	14	
	76	

22 Fälle wurden nach der Methode Fehling mit zehnprozentigem Kampheröl behandelt, davon sind:

Dauernd geheilt	18	= 94,7%
nur teilweise arbeitsfähig	1	= 5,3%
nicht arbeitsfähig	0	= 0%
fragliche Fälle	2	
gestorben an akuter Anämie	1	

Vergleicht man nun die Dauerresultate anderer Operateure mit den oben angegebenen, so fällt auf, dass zwischen den radikalen und konservativen Operationsmethoden erhebliche Differenzen bestehen.

Folgende Tabelle möge eine Uebersicht geben:

	Dauerresultate bei abdom. Radikaloperation	Konservat. Operationen
Olshausen	80,9%	50,6%
Chrobak	—	67,8%
Schauta	96%	73,9%
Fehling	83%	80%

Schauta hat demnach bei der abdominellen Radikaloperation die besten Erfolge zu verzeichnen. Eine Erklärung für die grossen Unterschiede in den Dauerresultaten wird hauptsächlich darin zu suchen sein, dass Schauta eben in der Wahl des Materials zur radikalen Operation weiter greift als Fehling. Wenn letzterer die Totalexstirpation anwendet, so geschieht dies nur in den Fällen weitgehendster Veränderungen des gesamten inneren Genitalsystems, also in den Fällen schwersten Grades oder noch in solchen Fällen, wo der Uterus selbst schwer erkrankt ist oder behufs zweckmässiger Drainage nach der Scheide zu entfernt werden muss. Schauta dagegen neigt von vorneherein dazu bei derartigen Adnexerkrankungen, sich nicht nach graduellen Unterschieden der Organveränderungen richten zu dürfen, sondern überhaupt alles entfernen zu müssen, ausgehend von dem Gedanken, dass bei aufsteigend infektiösen Prozessen immer eine Erkrankung des gesamten Systems vorläge. Durch diese Missachtung des objektiven Befundes werden viele Fälle mit geringfügigeren Veränderungen ebenso behandelt wie die allerschwersten und somit auch natürlicherweise die Resultate gehoben. Setzt man nun beide Operationsmethoden in ihrem Werte bezüglich der blossen Hebung und Heilung der subjektiven Beschwerden in Vergleich zu einander, so scheint keine den absoluten Vorzug zu verdienen. Die Operierten — ob radikal oder konservativ — befinden sich grösstenteils gut und geben keinerlei erhebliche Beschwerden an. Sind solche vorhanden, wie in Fall 55, 58, 59 und 75, so ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerden mit dem Zeitpunkt der Periode zusammenfallen und also nur vorübergehend bestehen,

dafür ist aber die Periode vorhanden. Anlass zu diesen Schmerzen geben wohl die nachträglich auftretenden Adhäsionen, welche zur Zeit der Menses stärker durchblutet werden und durch Dehnung und Zerrung diese Unannehmlichkeiten auslösen.

Sehr beachtenswert ist es auch, dass keine der Patientinnen solche Klagen führt, die auf Ausfallssymptome schliessen lassen könnten. Im Gegenteil ist zu finden, dass bei 3 Operierten (Fall 58, Frl. M. Sp. 18 J., Fall 90, Frau L. S. 33 J. und Fall 93, Frau M. M. 29 J.) trotz doppelseitiger Adnexentfernung nur mit Zurücklassung eines kleinen und in Schwarten gebetteten Ovarialrestes die Menstruation wieder in aller Form und Regelmässigkeit erschien.

Hart mag auch die Radikaloperation in den Fällen erscheinen, wo das jugendliche Alter der Patienten mit in Rechnung zu ziehen ist.

Unter den hier vorliegenden 100 Fällen stehen 45% der Patientinnen zwischen dem 17. und 30. Lebensjahr, 27% zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr; der Rest verteilt sich auf die über 40 Jahre alten Patientinnen; daraus ist ersichtlich, dass nahezu 50% aller operierten in dem Zeitraum stehen, der mit der günstigsten Fertilitätsperiode zusammenfällt. Berücksichtigt man nun angesichts dieser Tatsache, dass die radikale Operation eine schwere Verstümmelung der Frau bedeutet und die üble Folge jener hochgradigen Ausfallserscheinungen in unberechenbarer Weise nach sich ziehen kann, so kann der Standpunkt einer möglichst konservativen Operation nicht scharf genug betont werden, insbesondere wenn die Jugend des Weibes als Kaufpreis für absolute Rezidivfreiheit die Hoffnung auf Conception zu opfern und nichts als eine schwere tiefgreifende Umgestaltung des Gesamtorganismus zu erwarten hat.

Literatur.

Veit. Handbuch der Gynäkologie. Bd. V.

Fehling. „Zur Behandlung eitriger Adnexe". Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 12 Heft 3.

Schiffmann-Patek. „Die operative Therapie der chronisch-entzündlichen Adnextumoren. Monatschr. für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. 12.

Otto Engström. Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik. Bd. VIII Heft 2.

Prochownik. „Ueber Dauerresultate der konservativen Behandlung chron.-entzündlicher Gebärmutteranhänge." Monatschr. für Geb. und Gyn. 1909.

Schauta. „Ueber die Einschränkung der abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten der vaginalen Radikaloperation." Archiv für Gynäkologie. Bd. 59.

Zinsser. „Zur Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Adnexe." Prakt. Ergebnisse 1910.

W. Hannes. „Gesichtspunkte für die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen." Deutsche mediz. Wochenschrift 1908 Nr. 12.

Falgowski. „Nach welchen Prinzipien soll man vom sozialen Standpunkte aus bei Operationen der Adnexentzündungen vorgehen?" Zentralblatt für Gynäkologie 1911 Heft 18.

Markowski. Zur Frage der Behandlung der Adnexerkrankungen mittels Kölotomia vaginalis." Monatsschr. für Geburtsh. und Gynäkol. Band 32.

Pfannenstiel. „Versuche zur Prophylaxe der Peritonitis". Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Strassburg 1909.

Höhne. „Technik der anteoperativen Reizbehandlung des Peritonäums." Zentralblatt für Gynäkol. 1911 Heft 32.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Julius Gutmann, wurde am 4. Januar 1887 in Schw. Hall geboren. Seine Schulbildung erhielt er am kgl. Gymnasium seiner Vaterstadt und bestand ebenda im Sommer 1906 die Reifeprüfung. Im Herbst desselben Jahres bezog er die Universität Tübingen als Student der Medizin und hörte dort die Vorlesungen der Herren Professoren v. Froriep, Grützner, Heidenhain, Wislicenus, Paschen, Vöchting, Bürker. Frühjahr 1909 bestand er die ärztliche Vorprüfung zu Tübingen. Sommersemester 1909 war er in Kiel, Wintersemester 1909/10 in Berlin. Hierauf bezog er die Universität Strassburg i. E. und verbrachte hier die letzten drei Semester seiner Studienzeit.

Seine Lehrer waren die Herren Professoren: Moritz, Madelung, Fehling, Schmiedeberg, Chiari, Bayer, Meyer, Manasse, Hertel, Wollenberg, Cahn, v. Tabora, Rosenfeld.

Die ärztliche Prüfung bestand er am 6. Dezember 1911. Vom 1. Januar 1912 bis 30. April 1912 war er in Stuttgart an der medizinischen Abteilung der Olgaheilanstalt (Kinderhospital) als Praktikant tätig, war dann die folgenden 4 Monate an der Universitätsfrauenklinik zu Strassburg und die letzten 4 Monate abermals an der Olgaheilanstalt zu Stuttgart an der internen Abteilung.